



GOBIERNO DE PUERTO RICO

Administración de los Sistemas de Retiro
de los Empleados del Gobierno y la Judicatura

ESTADO DE CUENTA ESTIMADO

10 de enero de 2020

Agencia: 122 - ADMINISTRACION DE TRIBUNALES

ZAIDA RAMOS CLEMENTE
VILLA CAROLINA
41 15 CALLE 34
CAROLINA, PR 00985

Seguro Social: XXX-XX-7507

A base de la información en nuestros registros, al 10 de enero de 2020 usted posee:

Fecha de Nacimiento: 02 de enero de 1957

Género: Femenino

Fecha de Ingreso al Servicio Público: 29 de julio de 1994

Fecha de Comienzo de Cotización: 29 de julio de 1994

Ley 1 al 30 de junio de 2013	Ley 3 - 2013 al 30 de junio de 2017	Ley 106
Años Acreditados: 19	Tiempo Trabajado: 4	Tiempo Trabajado: 0
	Aportaciones: 11,510.55	Aportaciones: 0.00
	Intereses: 926.96	Intereses: 0.00
	Gastos Teneduría: 0.00	Gastos Teneduría: 0.00
Servicio No Cotizado		
Pagado: 0.00		
Tiempo: 0.00		
Balance Acumulado: 38,857.75	Total Aportaciones: 12,437.51	Total Aportaciones: 0.00
Beneficio: 573.09	Beneficio: 76.52	Beneficio: 0.00

Los balances aquí reflejados por concepto de Aportación Individual y Años de Servicio están sujetos a revisión.

En caso de que la información no coincida con sus registros, deberá comunicarse con el Coordinador para Asuntos de Retiro de su Agencia, Municipio o entidad correspondiente.

Le recordamos que previo a radicar una solicitud de pensión, deberá solicitar su Estado de Cuenta oficial a través de su Coordinador.

Cordialmente,

Unidad de Estado de Cuenta
Área de Participantes



08-39
07-93 (Rev.)



Estado Libre Asociado De Puerto Rico
ADMINISTRACIÓN DE LOS SISTEMAS DE RETIRO
DE LOS EMPLEADOS DEL GOBIERNO Y LA JUDICATURA

DECLARACIÓN INDIVIDUAL
(LEY NUM. 93 DEL 19 DE JUNIO DE 1968, SEGUN ENMENDADA)

Yo, Zaida Ramos Clemente

REDACTED

Nombre según figura en nómina _____ Núm. Empleado _____ Núm. Seg. Soc. Federal _____

participante del Sistema de Retiro de los Empleados del Gobierno, empleado del (la) Centro Judicial San Juan certifico: que conozco las disposiciones de la Ley
Agencia, Corporación o Municipio

Número 93 del 19 de Junio de 1968, según enmendada; que he recibido la orientación necesaria para llenar este formulario y que de conformidad, por la presente hago constar mi decisión de:



ACogerme al Plan de Completa Suplementación.

Petersona Rodriguez
Certifico que es copia fiel y exacta

Escojo este Plan con el pleno conocimiento de que:

- 1- Aportaré al Sistema de Retiro el 8.275% o aquel que en su oportunidad pudiera fijarse, de mi sueldo total durante el tiempo que sirva como participante de este Sistema;
- 2- Aportaré al Sistema de Retiro el 8.275% o aquel que en su oportunidad pudiera fijarse, del sueldo devengado más los intereses al tipo corriente, para completar las aportaciones a base del 8.275% de la retribución por el periodo de retro-actividad;

→ 3- Bajo este Plan de Completa Suplementación la pensión que reciba del Sistema no se reducirá en ningún momento;

4- La decisión de acogerme a este Plan de Completa Suplementación es irrevocable según la Ley, y por consiguiente continuaré acogido al mismo durante todo el tiempo que sirva como participante de este Sistema de Retiro.

Doy fe de que he tomado esta decisión personal, voluntaria y libremente después de haber leído el presente documento y por consiguiente asumo la obligación que conlleva. Asumo además, la responsabilidad de verificar que se efectúen los descuentos de mi sueldo conforme al plan que he seleccionado.

19 de mayo de 1994
Fecha

Zaida Ramos Clemente
Firma del Participante

UNITED STATES DISTRICT COURT
FOR THE DISTRICT OF PUERTO RICO

2020 JAN 14 PM 1:02
U.S. DISTRICT COURT
FOR THE DISTRICT OF PUERTO RICO
RECEIVED

In re:

THE FINANCIAL OVERSIGHT AND
MANAGEMENT BOARD FOR PUERTO RICO

As representative of

THE COMMONWEALTH OF PUERTO RICO, et al.,

Debtors.

PROMESA

Title III

Claim No. 17 BK 3286 LTS (17 BK 03566)

(Jointly Administered)

This filing relates to the

Commonwealth, HTA and ERS.

YO, ZAIDA RAMOS CLEMENTE, claim # 30990, date filed 5/22/2018

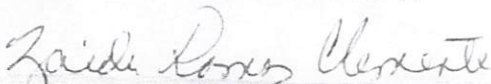
Debtor: EMPLOYEES RETIREMENT SYSTEM OF COMMONWEALTH OF PUERTO RICO

Respetuosamente solicito a la Honorable Corte de Distrito de Puerto Rico, se elimine mi nombre del Anejo A, pagina 163 de 167, 5/22/18, 17 BK 03566 -LTS, ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO #30990 — indeterminado. El total de mis aportaciones es de \$51,295.26.

Esta replica contiene ANEJADA la CERTIFICACION DE LA ADMINISTRACION DE LOS SISTEMAS DE RETIRO DE LA AGENCIA 122 – ADMINISTRACION DE TRIBUNALES DE PUERTO RICO, donde se reflejan los balances de mi Aportación individual y mis años de servicio. Por tanto NO ME APLICA esta Objeción Global DEL TITULO III. (Ver Anejos).

CERTIFICO que en el día de hoy, 14 de enero de 2020 envié copia de este escrito por correo postal a: Abogado de la Junta de Supervisión a su Dirección: Proskauer Rose LLP, Eleven Times Square, Nueva York, NY 10036-8299, A/A: Martin J. Bienenstock, Brian S. Rosen y al Abogado del Comité de Acreedores, Paul Hastings LLP, 200 Park Ave. Nueva York, NY 10166 A/A: Luc A. Despins, James Bliss, James Worthington, G. Alexander Bongartz y personalmente al Clerk's Office, U.S. District Court, Federal Office Bldg. 150 Chardon Ave., San Juan, P.R.

RESPETUOSAMENTE SOLICITADO,


ZAIDA RAMOS CLEMENTE
VILLA CAROLINA

ASR-PA-004
Rev Mar. 17

HOJA DE SERVICIO



SECCION I. DATOS RELACIONADOS CON EL PARTICIPANTE			Instrucciones generales
RAMOS CLEMENTE, ZAIDA REDACTED 2/ENERO/1957			<p>Este formulario se utiliza para recopilar información sobre los servicios prestados en el Gobierno, por los participantes del Sistema de Retiro. En los casos de períodos cotizados al Sistema, deberá ser llenada por la Sección de Nómina de la Agencia donde prestó los servicios.</p> <p>1. Complemente este formulario en todas sus partes (Si aplica).</p> <p>2. Utilice el espacio indicado como "Diferencial" para indicar el pago de diferenciales con visos de permanencia.</p> <p>3. Utilice la próxima página, para continuar detallando los Servicios Prestados, de ser necesario.</p>
1. Apellido Paterno, Materno, Nombre e Inicial	2. Núm. Seguro Social	3. Fecha de Nacimiento	
TRIBUNAL GENERAL DE JUSTICIA		122	
4. Nombre de la Agencia		5. Código	
6. Sistema de Retiro al que pertenece: <input checked="" type="radio"/> Retiro Definido - Tipo de Plan Acogido: <input checked="" type="checkbox"/> Completa Suplementación <input type="checkbox"/> Coordinado <input type="radio"/> Programa Híbrido			
7. Fecha del Primer Descuento Retiro 05/07/1994		8. Fecha del Último Descuento 31/12/2018	
(Día/Mes/Año)		(Día/Mes/Año)	

SECCION II. DETALLE DE LOS SERVICIOS PRESTADOS								
9. Clasificación del Puesto	10. Estatus del Empleado	11. Periodos de Servicio		12. Sueldo Mensual	13. Sueldo Diferencial	14. Total Sueldos Devengados	15. Aportación Mensual Retiro	16. Observaciones
		Desde	Hasta					
		Día/Mes Año	Día/Mes Año					
SECRETARIA AUX. TRIBUNAL I	REGULAR	05/07/94	15/08/95	\$907.00			\$ 75.05	
SECRETARIA AUX. TRIBUNAL II		16/08/95	30/06/96	\$937.00			\$ 77.54	
		01/07/96	31/08/96	\$1,037.00			\$ 85.81	
SECRETARIA AUX. TRIBUNA III		01/09/96	31/08/97	\$1,097.00			\$ 90.78	
		01/09/97	30/06/98	\$1,127.00			\$ 93.26	
SECRETARIA AUX. TRIBUNAL I		01/07/98	31/12/99	\$1,258.00			\$ 104.10	
		01/01/00	31/12/00	\$1,358.00			\$ 112.37	
		01/01/01	15/02/01	\$1,458.00			\$ 120.65	
		16/02/01	30/06/02	\$1,508.00			\$ 124.79	
		01/07/02	31/12/03	\$1,608.00			\$ 133.06	
		01/01/04	30/09/04	\$1,708.00			\$ 141.34	
		01/10/04	15/02/06	\$1,858.00			\$ 153.75	

17. Comentarios:

SECCION III. CERTIFICACION		
18. CERTIFICO que la información aquí provista es cierta y correcta.		
Lymari Molina García Nombre del Director de Recursos Humanos o su Representante Autorizado	 Firma	Sup. de Recursos Humanos, Interina Puesto que ocupa
		30 de mayo de 2019 Fecha (Día/Mes/Año)

REDACTED

Conservación: Igual al expediente del cual forma parte.

PARA REEMBOLSO DE APORTACIONES (1020)

RETIRO

GOBIERNO DE PUERTO RICO



SECCIÓN I. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

NOMBRE	<u>ZAIDA RAMOS CLEMENTE</u>	SEGURO SOCIAL	<u>REDACTED</u>
Nombre, Inicial, Apellido Paterno y Materno			
CASE / P.O. BOX		FECHA DE NACIMIENTO	<u>2/ENERO/1957</u> día/mes/año
CONDOMINIO	<u>URB. VILLA CAROLINA</u>		
CALLE	<u>41-15 CALLE 34</u>	FECHA DEL PRIMER DESCUENTO	<u>5/JULIO/1994</u> día/mes/año
DEPARTAMENTO	<u>CAROLINA</u>	ESTADO	<u>PR</u>
		ZIP CODE	<u>00985</u>
TÉLEFONO DE LA RESIDENCIA	<u>(787) 768-3197</u>	FECHA DEL ÚLTIMO DÍA DE PAGO	<u>31/DICIEMBRE/201</u> día/mes/año
TÉLEFONO DE LA OFICINA	<u>(787) 641-6600</u>	FECHA DE RADICACIÓN	<u> </u> día/mes/año
PLAN ACOGIDO:	<input type="checkbox"/> COORDINADO <input checked="" type="checkbox"/> COMPLETA SUPLEMENTACIÓN <input type="checkbox"/> REFORMA 2000 <input type="checkbox"/> PROGRAMA HÍBRIDO		

- NOTA 1. El coordinador deberá llenar la columna número 1 realizando una marca de cotejo y acompañar todos los documentos requeridos para cada solicitud. Toda solicitud deberá venir acompañada de la Hoja de Cotejo correspondiente y expediente para Asuntos de Retiro.
2. El Oficial de Orientación de Retiro completará las columnas número 2, 3 y 4, realizando una marca de cotejo, según aplique.

SECCIÓN II. REQUISITOS

	1 PRE-COTEJO	2 RECIBIDO	3 SOLICITAR	4 NO APLICAR
Solicitud de Reembolso de Aportaciones ASR-PA-095.	✓			
Certificación o negativa de deuda de la Asociación de Empleados (no menor de 30 días de vigencia).	✓			
Caja de Servicio ASR-PA-004 con aportaciones, actualizada y trabajada por Oficina de Nómina.	✓			
Certificación de Interrupciones en el Servicio ASR-PA-005.	✓			
Formulario de Cambio de la Agencia.	✓			
Declaración Jurada (de tener 10 años o más de servicios cotizados o Decisión Final de la C.F.S.E. (de haber radicado algún caso).				✓
Expediente para Asuntos de Retiro, en original.	✓			
Caja de Ingreso o Declaración Individual.	✓			

Comentarios

<u>Lymari Molina García</u> Nombre del Coordinador de la Agencia	<u>[Firma]</u> Firma del Coordinador de la Agencia	<u>30/MAYO/2019</u> Fecha de pre-cotejo de solicitud (día/mes/año)
---------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------

SECCIÓN III. PARA SER COMPLETADO POR EL OFICIAL ORIENTADOR DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS SISTEMAS DE RETIRO (ASR)

SOLICITUD COMPLETADA <input checked="" type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
<u>[Firma]</u> Nombre del Orientador	<u>[Firma]</u> Firma del Orientador
	<u>6/6/19</u> Fecha de cotejo de solicitud (día/mes/año)

Conservación: Igual al expediente del cual forma parte.

Formulario
Form 499R-2/W-2PR
Rev. 07-18



GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY

222 COMPROBANTE DE RETENCIÓN - WITHHOLDING STATEMENT

1. Nombre - First Name ZAIDA		3. Seguro Social - Social Security No. REDACTED		7. Sueldos - Wages 30,304.00		17. Total Sueldos Seguro Social - Social Security Wages 30,304.00	
2. Apellido(s) - Last Name(s) RAMOS CLEMENTE		4. Número de Ident. Patronal (Employer Ident. No. EIN) 66-0433481		8. Comisiones - Commissions 0.00		18. Seguro Social Retenido - Social Security Tax Withheld 1,878.85	
Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address URB VILLA CAROLINA 41-15 CALLE 34 CAROLINA PR 00985		5. Costo de Seguro Social - Social Security Cost of employee and employer 0.00		9. Contribuciones - Allowances 0.00		19. Total Sueldos y Provis. Medicare - Medicare Wages and Tips 30,304.00	
Fecha de Nacimiento - Date of Birth Día 2 Mes 1 Año 1957		6. Contribuciones - Social Security Contributions 0.00		10. Propinas - Tips 0.00		20. Contrib. Medicare Retenido - Medicare Tax Withheld 439.41	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono - Employer's Name and Mailing Address TRIBUNAL DE JUSTICIA 268 AVENIDA MUNOZ RIVE SAN JUAN, PR 00918-0000		Patrono: Employer: Indique si el remunerador es responsable de la declaración de impuestos (Indicate if the remunerator is responsible for income tax payments to the employer.) A- <input type="checkbox"/> Servicios prestados por un profesional calificado por la Ley 14-2017 - Services rendered by a qualified professional under Act 14-2017 B- <input type="checkbox"/> Servicios domésticos - Domestic services C- <input type="checkbox"/> Otros - Other		11. Total = 7 + 8 + 9 + 10 30,304.00		21. Provis. Seguro Social - Social Security Tips 0.00	
Número de Teléfono del Patrono - Employer's Telephone Number		Año: 2018		12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales 0.00		22. Seguro Social no Retenido en Provisión - Social Security Tax on Tips 0.00	
Fecha Cese de Operación - Date of Cessation of Operations Día ____ Mes ____ Año ____				13. Cont. Retenida - Tax Withheld 286.00		23. Contrib. Medicare no Retenido en Provisión - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00	
Número Confirmación de Radicación Electrónica - Electronic Filing Confirmation Number F0717193216				14. Fondo de Retiro Gubernamental - Governmental Retirement Fund 2,490.96			
Número Control - Control Number 180001772				15. Adicional a Salarios Exentos - Additional to Exempt Salaries (See instructions, 2018-2019) 0.00			
Fecha de radicación: 31 de enero - Filing date: January 31				Salarios Exentos (Ver instrucciones) - Exempt Salaries (See instructions, 2018-2019) 0.00			
				16. Salario - Salary 0.00			
				17. Salario - Salary 0.00			
				18. Salario - Salary 0.00			
				19. Salario - Salary 0.00			
				20. Salario - Salary 0.00			
				21. Salario - Salary 0.00			
				22. Salario - Salary 0.00			
				23. Salario - Salary 0.00			